

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

485

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GÉHAN Henri-Louis

Né le 25 Décembre 1906
à Chemeré-le-Roi (Mayenne)

ENQUÊTE

sur les

DÉCLARATIONS de DÉCÈS par CANCER

dans le département de la Mayenne

Président : M. BALTHAZARD, Professeur.

IMPRIMERIE DE L'OUEST-JOURNAL
9, Rue Rallier-du-Baty, RENNES

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153313_0014

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GÉHAN Henri-Louis

Né le 25 Décembre 1906
à Chemeré-le-Roi (Mayenne)

ENQUÊTE

sur les

DÉCLARATIONS de DÉCÈS par CANCER

dans le département de la Mayenne

Président : M. BALTHAZARD, Professeur.

IMPRIMERIE DE L'OUEST-JOURNAL
9, Rue Rallier-du-Baty, RENNES

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 ERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 ESANÇON (Justin). Hydrologie.
 OULIN..... Pathologie médicale.
 ULLIARD..... Histologie.
 ATHALA..... Pathologie médicale.
 HEVALLIER... Pathologie médicale.
 OGNON..... Physique.
 EY..... Urologie.
 ALLIARD..... Parasitologie.
 ASTINEL..... Bactériologie.
 E GAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale.
 AYET..... Physiologie.
 IROUD..... Histologie.
 AGUENAU..... Pathologie médicale.
 ALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie
 AZARD..... Pharmacologie.
 UGUENIN..... Anatomie pathologique
 JANNON..... Hygiène.
 ABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 ACOMME..... Obstétrique.
 ENTUÉJOUL.. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 ISQUET..... Pharmacologie.
 MAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE .		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUFFRE	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In memoriam.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.*

A MA FEMME

A MON FILS

A MON BEAU-PÈRE

In memoriam.

A MA BELLE-MÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-ŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

« MEIS ET AMICIS »

A M. le Professeur BALTHAZARD

Officier de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur à la Faculté de Paris.

*Respectueux hommages de reconnais-
sance pour le grand honneur qu'il a
bien voulu nous témoigner en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. le Professeur MARQUIS

Officier de la Légion d'honneur,
Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes,
Directeur du Centre Anticancéreux de Bretagne.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre sincère gratitude.*

A M. le Docteur BRAULT

Ex-Chef de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le cancer est considéré au même titre que la tuberculose comme un fléau social aussi dangereux et aussi difficile à combattre.

La lutte anti-cancéreuse s'est organisée. Des centres anti-cancéreux régionaux ont été édifiés et, à l'heure actuelle, la société permet aux malheureux de pouvoir y suivre gratuitement des traitements onéreux.

Mais combattre le cancer ne consiste pas seulement à en poser le diagnostic et à traiter ceux qui en sont atteints. Il faut aussi l'étudier, en rechercher la genèse, ses conditions vitales, pouvoir apprécier les résultats obtenus par les divers traitements. "

A l'heure actuelle, on est encore bien ignorant sur l'étiologie et la pathogénie du cancer : aussi l'étude de sa distribution géographique peut être intéressante quant à la recherche de ses causes.

Ce n'est pas sans raisons que le taux de la mortalité par cancer varie d'un pays à l'autre, d'une contrée à l'autre, d'une ville à une ville voisine. Aussi pourra-t-il être intéressant de rapprocher le taux de mortalité cancéreuse d'un pays, d'une région, des conditions vitales de ses habitants, de leurs moyens alimentaires, de la climatologie et de la topographie des lieux.

Déjà, Green, en Angleterre, Bertillon, en France, ont établi dans leurs travaux l'influence sur la morbidité cancéreuse de la topographie et des produits de combustion des agents de chauffage. Dans un même genre d'idée, un travail complet pour l'Irlande a permis de préciser qu'il existait un rapport certain entre la répartition du cancer et l'influence des fumées industrielles et domestiques.

Mais une statistique n'est pas seulement encore intéressante tant au point de vue recherche étiologique d'une maladie.

Elle vaut surtout par les renseignements d'un autre genre. En lui demandant par exemple combien de cancéreux meurent par an en France, combien de cancéreux il y a, combien ont été traités, elle nous permet de nous rendre compte de l'avance ou de la régression du mal, des meilleurs résultats obtenus par les divers traitements, de l'influence de la prophylaxie employée pour notre préservation.

Enfin, une statistique nous renseignera encore sur les prédispositions au cancer, du sexe, de l'âge, du siège, de la profession.

Ayant ainsi esquissé tout l'intérêt de l'enseignement qu'on peut tirer de la lecture d'une statistique bien faite, nous voudrions dans ce modeste travail, après avoir passé en revue la mortalité par cancer dans les principaux pays du monde, établir celle concernant le département de la Mayenne pour les années 1933, 1934, 1935.

Nous verrons ensuite, en en faisant la critique, quelle importance nous pourrions y attacher et finalement nous essaierons d'établir une méthode permettant d'obtenir des statistiques exactes dignes d'une interprétation.

ENQUÊTE

SUR LES DÉCLARATIONS DE DÉCÈS PAR CANCER

dans le Département de la Mayenne

MORTALITÉ PAR CANCER

DANS LES PRINCIPAUX PAYS DU MONDE

Dans cette statistique sommaire portant sur les principales nations organisées, nous allons voir que le cancer donne un pourcentage de mortalité assez élevé.

En Angleterre et Pays de Galles, le taux de mortalité cancéreuse était de 129,5 pour 100.000 habitants, en 1926. Dans la même année, il décédait à Londres 6.720 personnes atteintes de néoplasmes, ce qui donnait à cette ville une mortalité cancéreuse de 12,6 pour 1.000 ; à noter qu'à ce moment on avait relevé pour l'Est et l'Ouest du Pays de Galles un taux un peu plus élevé : 15 à 60 pour 10.000 habitants.

En Allemagne, où il est difficile d'avoir une statistique globale, on a pu établir qu'il y avait 10,5 de morts néoplasiques pour 10.000 individus en 1927. A la même époque, on relevait en Prusse un taux plus faible puisqu'il n'était que de 9,71 pour 10.000 ; ajoutons que, dans ce pays, 8,2 pour 100 des décès étaient dus au cancer.

Le cancer était fatal, en 1926, à 9,8 pour cent des Autrichiens, alors que l'Annuaire statistique hongrois de 1927 nous apprend qu'en 1924 et 1925 le pourcentage était de 3,6 pour 100 et 4,4 pour 100.

A la même époque, la Pologne enregistrait que, sur 10.000 habitants, 7,6 mouraient de cancer, soit 5,5 pour 100 de la mortalité polonaise.

La Russie, pays très vaste encore en pleine évolution dans son organisation sociale, donne des statistiques ne portant encore que sur les grandes villes.

Petrograd vient en tête, avec un taux de 105,4 pour 10.000 habitants ; suit Moscou, avec 95,9 pour 10.000.

D'après Zvonitzky, il meurt par an, en Russie, 150 cancéreux, soit 3,4 pour 100 des décès chez les hommes et 3,6 pour 100 des décès chez les femmes.

Les Pays Scandinaves, eux, seraient assez touchés. Le Danemark perdait, en 1924, 139,1 de ses sujets sur 100.000, grâce au cancer qui, sur cent décès, en occasionnait 12,7.

La Suède et la Norvège viennent ensuite avec respectivement les proportions suivantes : 12,32 et 11,13 pour 10.000, en 1926.

En Italie, où il existe un sérieux effort pour obtenir des statistiques exactes, la mortalité cancéreuse était de 69,4 pour 100.000 habitants, en 1923.

La Suisse aurait le triste privilège d'avoir les pourcentages les plus élevés avec le Danemark. Ceci tient peut-être à ce que la vérification médicale des décès y est sérieusement faite. Dans ce pays, le taux, en 1922, était de 12 pour 10.000 habitants.

La Hollande payait, en 1921, un tribut au cancer de 12 pour 10.000 habitants, et, en Belgique, on relevait que, sur 215 autopsies faites à l'hôpital Saint-Jean-de-Bruxelles, on trouvait 34 cas néoplasiques.

L'Espagne se signale à nous par son faible pourcentage et, à ce point de vue, ce pays ne viendrait qu'au dixième rang des puissances. Il n'y aurait eu que 0,50 cancéreux à mourir, en 1923, sur 10.000 habitants.

En Amérique, deux pays seulement nous donnent des résultats pour tout leur territoire. Ce sont les Etats-Unis, qui, en 1926, présentaient un taux de 83,4 décès cancéreux pour 100.000 habitants, et le Canada, qui dépasse les Etats-Unis avec 98,1 pour 100.000.

Quant à l'Argentine et au Brésil, pays peu organisés, on ne peut guère que citer des statistiques portant sur les populations de Buenos-Ayres et Rio-de-Janeiro.

En 1924, Buenos-Ayres avait une mortalité cancéreuse de 112,21 pour 100.000 habitants et Rio-de-Janeiro 52 pour 100.000.

Dans un travail établi pour la Société des Nations, Horoshi Kusama signalait, en 1928, un taux de décès cancéreux de 6,79 pour 10.000 habitants au Japon.

La France n'est pas moins épargnée par ce terrible mal que les autres pays. En 1928, il mourait 35.000 cancéreux, ce qui donnait, sur un total de 710.000 morts, un taux de 5,92 pour 100, et 90 décès par néoplasme sur 100.000 habitants environ.

MORTALITÉ PAR CANCER DANS LE DÉPARTEMENT DE LA MAYENNE

Si nous regardons la carte éditée par la Ligue Française contre le Cancer, on s'aperçoit que ce mal terrible se manifeste partout en France.

Seuls les départements de l'Aveyron, Charente-Inférieure, Charente, Corrèze, Dordogne, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère ont une mortalité cancéreuse minime, celle-ci étant inférieure à 25 pour 100.000 habitants.

Mais pour le département qui nous occupe, c'est-à-dire la Mayenne, on voit que, avec son voisin l'Orne et quelques autres départements, c'est un des pays de France le plus atteint. Déjà, en 1925, il décédait plus de 100 cancéreux par 100.000 habitants. Notre but n'est pas de rechercher ici la cause de cet état. Indiquons-le seulement en passant.

La mortalité cancéreuse a-t-elle changé ces dernières années ?

Nous avons essayé de l'établir en compulsant les dossiers de mortalité au bureau d'hygiène de la Préfecture de Laval. Nous avons donc relevé, commune par commune, le nombre d'habitants au dernier recensement, le nombre de décès, puis de morts par cancer pour les années 1933-34-35. Nous avons fait le bilan pour chaque canton, pour chaque arrondissement et finalement pour le département.

Commençons donc suivant le plan établi, communes par communes, séries d'après leur canton.

1933				1934				1935			
HABITANTS		DÉCÈS	CANCER	CANCER		DÉCÈS		CANCER		DÉCÈS	
1.947	46	3		33		3		16		3	
911	17	1		14		0		12		0	
744	14	1		15		0		16		0	
848	16	1		12		0		12		0	
1.130	19	2		10		0		33		0	
479	5	0		5		0		8		0	
323	4	0		7		0		6		0	
157	3	2		4		0		0		0	
6.542	124	10		100		3		103		3	

CANTON D'AMBRIÈRES

Ambrières-le-Grand
 Chantigné
 Cigné
 Couesmes-en-Froulay
 Le Pas
 St-Loup-du-Gast
 Soucé
 Vaucé

1933				1934				1935			
HABITANTS		DÉCÈS	CANCER	CANCER		DÉCÈS		CANCER		DÉCÈS	
1.155	16	1		19		2		14		1	
780	7	1		12		0		10		0	
337	8	1		6		0		5		1	
247	5	1		4		0		0		0	
495	8	0		7		0		9		0	
1.038	19	3		15		1		10		1	
333	8	0		13		2		11		2	
255	3	1		4		0		3		1	
782	9	2		15		2		9		0	
5.422	83	10		95		7		71		6	

CANTON D'ARGENTRÉ

Argentré
 Bonchamp-lès-Laval
 Châlons-du-Maine
 Forcé
 La Chapelle-Anthenaise
 Louvigné
 Louvigné
 Montflours
 Parné-sur-Roc

CANTON DE BAIS

	1933		1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	
Bais	1.368	23	2	21	3	4
Champgenêteux	1.122	15	1	16	3	3
Hambers	912	25	1	18	0	1
Izé	1.107	10	0	13	2	2
Jublains	1.098	12	1	8	2	2
St-Martin-de-Connée	1.035	24	1	20	1	1
St-Pierre-sur-Orthe	1.019	14	1	12	1	1
St-Thomas-de-Courceriers	570	15	1	11	0	0
Trans	551	18	0	8	1	0
	8.782	156	8	127	13	14

CANTON DE BIERNÉ

	1933		1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	
Argenton-Notre-Dame	221	3	0	0	0	1
Bierné	800	13	1	15	0	2
Châtelain	396	11	1	10	1	1
Coudray	405	4	0	6	1	1
Daon	706	12	1	16	0	0
Gennes-sur-Glaize	784	19	0	8	0	1
Longuefuye	371	8	0	8	0	1
St-Denis-d'Anjou	1.573	26	1	30	1	2
St-Laurent-des-Mortiers	359	3	0	6	1	0
St-Michel-de-Feins	235	5	0	2	0	0
	5.850	104	4	101	4	9

CANTON DE CHAILLAND

Chailland	1.417	11	0	25	0	14	1
Andouillé	1.872	34	1	30	0	29	1
Juvigné	2.093	33	1	30	1	29	2
La Baconnière	1.144	26	4	24	4	29	3
La Bigottière	563	8	0	12	0	11	0
La Croixille	873	20	0	12	0	17	1
St-Germain-le-Guillaume	522	9	1	12	1	15	2
St-Hilaire-du-Maine	1.021	16	1	16	1	19	2
St-Pierre-des-Landes	1.546	16	1	18	1	20	2
	11.051	173	9	179	8	183	14

CANTON DE CHATEAU-GONTIER

Ampoigné	104	12	1	5	1	8	1
Azé	1.112	14	2	16	0	18	3
Bazouges	1.313	11	1	16	1	12	2
Château-Gontier	6.291	235	22	177	27	160	10
Chemazé	1.326	15	1	14	1	10	0
Fromentières	735	12	0	13	2	16	0
Houssay	528	8	1	11	2	14	3
Laigné	849	7	0	5	0	6	3
Loigné-sur-Mayenne	702	14	1	10	0	9	2
Marigné-Peuton	583	10	0	5	0	7	1
Ménil	958	16	2	12	0	16	2
Origné	288	5	0	3	0	3	0
Saint-Fort	438	4	2	4	0	3	0
Saint-Gault	245	5	1	3	0	4	1
Saint-Sulpice	312	6	0	6	0	8	0
	15.784	374	34	300	34	294	26

**CANTON
DE COSSE-LE-VIVIEN**

	1933		1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	CANCER	DÉCÈS	CANCER
La Chapelle-Craonnaise	462	6	0	11	0	11
Cosmes	444	7	0	2	0	6
Cossé-le-Vivien	2.375	38	3	43	4	39
Cuillé	1.186	18	2	15	1	18
Gastines	264	4	0	1	0	3
Laubrières	409	10	2	7	0	12
Méral	1.118	19	0	16	1	12
Peuton	341	3	1	3	0	4
Quelaines	1.444	20	1	23	4	32
St-Poix	488	7	0	7	1	6
Simple	381	8	1	5	0	9
	8.912	140	10	133	11	152

CANTON DE COUPTRAIN

	1933		1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	CANCER	DÉCÈS	CANCER
Couptrain	3.074	4	0	5	1	3
Les Chapelles	340	4	2	3	0	4
Chevaigné-du-Maine	558	12	1	9	0	10
Javron	1.500	24	0	22	0	30
Lignières-la-Doucelle	1.068	22	0	12	1	17
Madré	704	2	2	13	2	9
Neuilly-le-Vendin	690	19	1	11	1	13
Orgères-la-Roche	204	5	0	6	0	3
La Pallu	260	2	0	4	0	5
St-Aignan-Couptrain	660	11	0	11	1	10
St-Calais-du-Désert	575	14	0	10	0	5
	6.866	119	6	106	6	109

CANTON DE CRAON

Athée	677	7	0	6	0	6	0	0
La Boissière	222	2	0	2	0	1	0	0
Bouchamps-lès-Craon	608	8	0	3	0	4	0	0
Chérancé	271	2	1	6	0	4	1	1
Craon	3.647	57	6	95	7	64	4	4
Denazé	290	3	1	19	0	2	1	1
Livré	1.056	18	1	3	1	17	1	1
Mée	353	10	1	3	1	2	0	0
Niafles	295	7	0	6	0	6	0	0
Pommerieux	718	10	1	13	0	13	1	1
St-Martin-du-Limet	552	8	1	7	0	6	0	0
St-Quentin	671	6	0	9	1	6	0	0
La Selle-Craonnaise	1.182	12	0	10	0	16	0	0
	10.542	150	12	182	10	147		8

CANTON D'ERNÉE

Ernée	4.768	134	9	98	3	101	4	4
Larchamp	1.591	19	2	20	1	16	3	3
Montenay	1.384	21	1	18	0	21	0	0
La Pellerine	302	6	0	7	0	7	1	1
St-Denis-de-Gastines	2.302	24	2	22	2	19	3	3
Vautorte	883	11	0	6	0	10	1	1
	11.230	215	14	171	6	174		12

CANTON D'EVRON

Evron	3.264	100	12	100	8	91	8
Assé-le-Béranger	414	5	0	8	0	3	0
Châtres-la-Forêt	403	3	1	3	0	4	1
Livet	193	1	0	3	0	3	0
Mézangers	503	10	1	4	1	7	2
Neau	445	9	0	4	1	5	0
St-Christophe-du-Luat	636	10	1	8	0	8	1
Ste-Gemmes-le-Robert	1.035	7	0	18	0	17	0
St-Georges-sur-Erve	659	9	0	9	0	8	0
Vimarcé	559	11	0	9	1	11	1
Voutré	1.132	6	1	15	0	4	0
	9.242	171	16	181	11	161	13

CANTON DE GORRON

Gorron	2.384	26	5	35	4	28	5
Brecé	1.501	20	2	17	0	18	2
Careilles	725	16	2	13	3	14	2
Châtillon-sur-Colmont	1.662	25	0	20	0	21	1
Colombiers-du-Plessis	945	13	0	14	2	11	0
Hercé	562	10	1	1	0	12	0
Lesbois	432	6	0	4	0	4	0
Levaré	558	5	0	9	0	6	1
St-Aubin-Fosse-Louvain	629	8	0	11	0	7	1
St-Mars-sur-Colmont	819	13	2	9	0	12	0
Vieuzy	341	2	0	3	0	4	0
	10.558	144	12	136	9	134	12

DE GREZ-EN-BOUÈRE

Ballée	651	8	0	15	0	15	0
Beaumont-Pied-de-Bœuf	283	3	0	3	0	3	0
Bouère	1.439	23	2	24	0	20	1
Bouessay	361	10	1	3	0	7	1
Le Buret	360	6	0	3	0	7	0
Grezen-Bouère	1.184	16	0	10	1	12	0
Préaux	248	4	0	3	0	5	1
Ruillé-Froid-Fonds	753	11	3	12	0	11	0
St-Brice	500	8	5	11	1	13	0
St-Charles	292	4	0	6	0	5	2
St-Loup-du-Dorat	313	6	2	5	0	8	0
Villiers-Charlemagne	928	15	1	20	3	13	0
	7.412	114	14	115	5	116	5

CANTON DE LANDIVY

Landivy	1.703	18	0	35	1	24	1
Désertines	1.039	12	0	21	2	18	2
La Dorée	737	12	0	9	1	8	1
Fougerolles-du-Plessis	1.791	31	3	28	0	27	1
Montaudin	1.250	17	1	18	1	19	1
Pontmain	726	16	3	27	3	26	3
St-Berthevin-la-Tannière	867	10	1	16	2	14	1
St-Ellier-du-Maine	821	13	0	11	0	12	0
St-Mars-la-Futaie	1.091	13	0	17	1	16	2
	10.025	142	8	182	11	164	12

	1933			1934			1935		
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER
CANTON DE LASSAY									
Lassay	1.726	44	5	64	6	57	3		
La Baroche-Gondouin	314	3	1	5	0	4	1		
Brétignolles-le-Moulin	205	1	0	1	0	1	0		
Le Housseau	252	8	0	3	0	5	0		
Melleray-la-Vallée	255	7	0	2	0	5	0		
Niort-la-Fontaine	702	9	0	7	0	6	0		
Rennes-en-Grenouilles	258	6	0	3	0	6	0		
St-Julien-du-Terroux	431	8	0	7	0	6	0		
Ste-Marie-du-Bois	464	9	1	11	0	10	0		
Thubœuf	512	9	0	7	0	6	0		
	5.119	104	7	110	6	106	4		

CANTON DE LAVAL-EST									
Laval	27.792	718	35	733	21	761	28		
Astillé	665	8	0	3	1	6	1		
Courbeville	518	12	0	14	0	13	0		
Entrammes	1.052	9	0	13	2	8	2		
L'Huisserie	680	8	0	12	0	9	0		
Montigné-le-Brillant	693	7	0	4	0	6	1		
Nuillé-sur-Vicoin	863	9	0	10	1	6	1		
	32.263	771	35	789	25	809	33		

CANTON DE LAVAL-OUEST

Ahuillé
 Changé
 St-Berthevin-lès-Laval
 St-Germain-le-Fouilloux
 St-Jean-sur-Mayenne

972	19	2	9	1	18	2
1.240	14	1	23	1	14	0
1.299	18	0	19	5	18	4
574	8	0	14	0	7	0
657	5	0	9	1	7	0
4.742	64	3	74	8	64	6

CANTON DU HORPS

Le Horps
 Champéon
 La Chapelle-au-Riboult
 Charchigné
 Courberie
 Le Ham
 Hardanges
 Montreuil
 Poulay
 Le Ribay

953	17	3	14	2	16	3
830	16	2	13	2	18	2
803	13	4	14	0	15	2
558	9	0	5	0	7	1
184	2	0	0	0	2	0
640	10	0	5	0	6	0
572	10	2	7	1	9	2
389	8	0	7	0	6	0
359	5	0	2	0	3	0
634	9	0	7	0	7	0
5.927	99	11	74	5	89	10

CANTON DE LOIRON

	1933		1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS
Loiron	844	12	1	7	1	10
Beaulieu-sur-Oudon	620	10	2	7	1	10
Bourgon	797	11	2	11	0	13
La Brulatte	441	7	0	4	1	6
La Gravelle	396	7	0	8	0	6
Launay-Villiers	332	2	0	10	0	4
Le Bourgneuf-la-Forêt	1.377	17	0	17	1	12
Le Genest	905	9	0	10	1	8
Montjean	780	9	2	8	0	7
Olivet	375	6	0	10	0	10
Port-Brillet	1.453	19	2	16	1	13
Ruillé-le-Gravelais	539	5	0	11	3	4
St-Cyr-le-Gravelais	570	5	0	13	2	13
St-Isle	125	2	0	0	0	8
St-Ouen-des-Toits	880	11	0	7	3	12
St-Pierre-la-Cour	1.238	19	0	10	0	14
	11.477	151	9	149	14	140
						8

CANTON DE MESLAY

Meslay	1.625	34	1	22	0	18	0
Arquenay	567	7	0	5	0	10	0
Bannes	177	6	0	3	0	0	0
Bazougers	1.017	16	3	17	1	12	2
Chemeré-le-Roi	652	10	1	16	1	10	0
Cossé-en-Champagne	539	9	0	6	1	4	0
Epineux-le-Séguin	345	3	0	5	0	8	0
La Bazouge-de-Chemeré	655	8	0	11	0	8	0
La Cropte	425	8	0	4	0	6	0
Le Bignon-du-Maine	467	7	2	3	0	6	2
Maisoncelles-du-Maine	406	8	1	2	0	4	0
St-Denis-du-Maine	357	7	0	9	0	0	0
St-Georges-le-Fléchard	256	3	0	6	1	8	0
Saulges	600	4	1	3	0	2	0
	8.088	130	9	112	4	96	4

CANTON DE MONTSURS

Montsûrs	1.274	25	6	24	1	32	2
Brée	526	11	0	12	0	8	0
Deux-Evailles	258	5	0	2	1	2	0
Gesnes	288	6	1	4	0	2	0
La Chapelle-Rainsouin	388	5	0	8	1	6	0
Montourtier	502	5	0	7	0	10	2
Nuillé-sur-Ouette	243	10	1	3	0	4	0
St-Cénére	544	7	1	4	0	6	0
St-Ouen-des-Vallons	228	3	1	1	0	6	0
Soulgé-le-Bruant	556	5	0	5	0	8	0
	4.807	82	10	70	3	84	4

	1933			1934			1935		
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER
CANTON DE MAYENNE-EST									
Mayenne-Est	8.238	151	17	262	17	210	16		
Aron	1.197	13	2	12	0	14	0		
La Basoché-Montpinçon	183	3	0	3	0	1	0		
La Bazouges-des-Alleux	425	9	1	6	1	2	0		
Belgeard	345	11	1	3	0	6	0		
Commer	790	16	0	11	0	14	0		
Grazay	641	9	0	10	0	12	0		
Marcillé-la-Ville	892	10	0	15	0	14	0		
Martigné	1.165	16	0	12	0	24	1		
Moulay	300	1	0	7	0	0	0		
Sacé	410	2	0	5	0	8	0		
St-Fraimbault-de-Prières	994	16	0	25	0	20	0		
	15.580	257	21	371	18	325	17		
CANTON DE MAYENNE-OUEST									
Alexain	546	13	1	7	0	10	0		
Contest	723	11	1	10	0	15	0		
La Haie-Traversaine	416	3	0	6	0	15	0		
Oisseau	1.805	29	1	41	0	19	4		
Parigné-sur-Braye	344	4	0	6	0	6	0		
Placé	573	5	0	6	0	12	0		
St-Baudelle	269	3	0	6	1	12	0		
St-Georges-Buttavent	1.490	15	2	19	1	24	5		
St-Germain-d'Auxure	376	6	0	3	0	14	0		
	6.547	89	5	104	2	127	9		

CANTON DE PRÉ-EN-PAIL

Pré-en-Pail	2.369	24	1	32	4	32	3
Boulay	255	3	0	7	0	7	0
Champfrémont	430	10	0	10	1	13	1
Ravigny	271	8	0	4	1	6	1
St-Cyr-en-Pail	658	15	1	10	1	16	1
St-Pierre-des-Nids	1.883	27	3	35	2	27	2
St-Samson	514	8	0	10	1	9	1
	6.380	95	5	103	10	110	9

CANTON DE ST-AIGNAN-SUR-ROE

Ballots	1.505	26	1	21	1	20	0
Brains-sur-les-Marches	432	6	0	12	0	13	1
Congrier	1.202	10	0	12	1	7	0
Fontaine-Couverte	722	8	1	19	3	17	2
Renazé	3.162	44	7	65	0	51	4
La Roë	445	6	1	5	3	4	0
La Rouaudière	535	5	0	5	0	6	0
St-Aignan-sur-Roë	830	14	2	10	1	14	1
St-Erblon	228	3	2	3	0	4	1
St-Michel-de-la-Roë	487	1	0	14	0	10	0
St-Saturnin	559	9	0	6	0	7	2
Senonnes	528	5	0	11	0	6	0
	10.635	137	14	133	9	159	4

	1933			1934		1935	
	HABITANTS	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER	DÉCÈS	CANCER
CANTON DE STE-SUZANNE							
Ste-Suzanne	1.023	17	1	13	0	15	1
Blandouët	250	4	0	4	0	4	0
Chammes	475	1	0	4	0	6	0
St-Jean-sur-Erve	774	9	0	10	0	10	0
St-Léger	404	0	0	8	0	4	0
St-Pierre-sur-Erve	246	2	0	8	0	2	0
Thorigné	402	3	0	8	0	7	0
Torcé-en-Charnie	661	12	4	5	1	8	3
Vaiges	1.126	9	0	8	0	8	0
Viviers	559	4	0	3	3	6	2
	5.920	61	5	71	4	70	6
CANTON							
DE VILLAINES-LA-JUHEL							
Villaines-la-Juhel	1.964	51	4	32	4	42	3
Averton	771	11	2	9	0	10	2
Courcé	1.204	21	1	19	2	17	2
Crennes-sur-Frambée	284	8	1	4	2	6	1
Gevres	872	18	0	18	2	16	3
Loupfougères	673	10	0	13	1	6	1
St-Aubin-du-Désert	519	6	1	8	0	10	1
St-Germain-Coulamer	807	12	0	19	0	16	0
St-Mars-du-Désert	514	5	0	10	2	8	0
Villepail	470	12	3	10	0	6	1
	8.078	154	12	142	13	137	14

Après avoir effectué les diverses opérations, on voit que le taux de mortalité cancéreuse dans l'arrondissement de Laval est de :

11,35 pour 10.000 habitants en 1933
8,96 pour 10.000 habitants en 1934
10,03 pour 10.000 habitants en 1935

Et que, sur 100 décès :

6,35 sont dus au cancer en 1933
4,88 sont dus au cancer en 1934
5,63 sont dus au cancer en 1935

Le tableau suivant donnera pour chaque canton de l'arrondissement de Laval la mortalité cancéreuse pour 10.000 habitants et le pourcentage de décès cancéreux sur 100 morts.

CANTONS DE L'ARRONDISSEMENT DE LAVAL

CANTONS	NOMBRE DE MORTS DUES AU CANCER PAR 10.000 HABITANTS			POURCENTAGE DE DÉCÈS CANCÉREUX		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Argentré	18,44	12,91	11,06	12	7,37	8,45
Chailland	8,95	7,32	12,66	5,20	4,59	7,55
Evron	28,34	22,72	14,06	9,34	6,07	8,07
Laval-Est	11,15	7,74	10,25	4,53	3,16	4,12
Laval-Ouest	6,32	6,87	12,63	4,68	10,81	9,37
Loiron	7,84	13,06	5,16	5,96	9,39	5,71
Meslay	11,12	4,93	4,93	6,92	4,35	4,16
Montsûrs	20,80	6,24	8,32	12,19	4,28	4,54
Sainte-Suzanne	8,61	6,94	10,13	8,19	5,63	8,56

Dans l'arrondissement de Château-Gontier, le taux de mortalité cancéreux pour 10.000 habitants est de :

14,88 en 1933
12,34 en 1934
11,32 en 1935

Et, sur 100 décès :

8,63 étaient dûs au cancer en 1933
7,19 étaient dûs au cancer en 1934
6,97 étaient dûs au cancer en 1935

Et, comme pour l'arrondissement précédent, le tableau suivant nous renseignera sur les divers taux dans chaque canton de l'arrondissement.

CANTONS DE L'ARRONDISSEMENT DE CHATEAU-GONTIER

CANTONS	NOMBRE DE MORTS DUES AU CANCER PAR 10.000 HABITANTS			POURCENTAGE DE DÉCÈS CANCÉREUX		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Bierné	6,83	6,83	15	3,84	3,95	9,78
Château-Gontier	21,54	21,54	16,47	9,09	11,33	9,18
Cossé-le-Vivien	11,22	12,34	9,18	7,14	8,27	5,78
Craon	11,38	9,48	7,77	8	5,49	5,17
Grez-en-Bouère	18,88	6,74	6,74	12,19	4,34	12,19
Saint-Aignan-sur-Roë	13,16	8,46	10,32	10,21	4,91	6,91

L'arrondissement de Mayenne présente lui aussi une forte mortalité cancéreuse. C'est ainsi que, sur 10.000 habitants :

11,70 décès sont dûs au cancer en 1933
 10,03 décès sont dûs au cancer en 1934
 11,90 décès sont dûs au cancer en 1935

Et que, sur 100 décès :

7 étaient dûs au cancer en 1933
 5,81 étaient dûs au cancer en 1934
 7,01 étaient dûs au cancer en 1935

Et, là encore, le tableau suivant nous montrera l'effet du cancer dans chaque canton de l'arrondissement.

CANTONS DE L'ARRONDISSEMENT DE MAYENNE

CANTONS	NOMBRE DE MORTS DUES AU CANCER PAR 10.000 HABITANTS			POURCENTAGE DE DÉCÈS CANCÉREUX		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Ambrières	15,28	4,58	4,58	8	3	2,91
Bais	9,10	14,80	15,94	5,38	10,20	10,21
Couptrain	8,75	8,75	7,42	5,04	5,66	4,58
Ernée	12,46	5,34	11,57	6,51	3,50	6,88
Gorron	11,36	8,52	11,36	8,33	6,61	8,95
Landivy	7,98	10,97	12,97	5,62	6,04	7,31
Lassay	13,67	11,70	7,81	6,73	5,45	3,77
Le Horps	18,55	8,42	16,87	11,11	6,75	11,23
Mayenne-Est	13,47	11,55	11,56	8,17	4,85	5,23
Mayenne-Ouest	7,63	3,05	13,74	5,61	1,91	7,08
Pré-en-Pail	7,83	15,67	14,10	5,26	9,25	8,13
Villaines-la-Juhel	14,85	16,09	17,36	7,79	9,15	10,21

Récapitulons en un dernier tableau les divers résultats obtenus pour chaque arrondissement :

ARRONDISSEMENTS	NOMBRE DE MORTS DUES AU CANCER PAR 10.000 HABITANTS			POURCENTAGE DE DÉCÈS CANCÉREUX		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Laval	11,31	8,96	10,03	6,35	4,88	5,63
Château-Gontier	14,88	12,34	11,32	8,63	7,19	6,97
Mayenne	11,70	10,03	11,90	7	5,81	7,01

Et nous arrivons finalement aux résultats globaux pour tout le département de la Mayenne, qui nous indiquent qu'il y avait par 10.000 habitants :

12,29 morts par cancer en 1933
 10,17 morts par cancer en 1934
 10,96 morts par cancer en 1935

Et que le pourcentage de décès cancéreux était de :

7,10 en 1933
 5,80 en 1934
 6,42 en 1935

Comme on l'a vu plus haut, en 1925 il décédait déjà plus de cent cancéreux par 10.000 habitants ; on s'aperçoit que, de nos jours, cette mortalité n'a guère changé.

COMMENT SONT ÉTABLIES LES STATISTIQUES

Nous pourrions croire que cette statistique de mortalité par cancer nous ait donné un pourcentage exact. Disons tout de suite qu'il n'en est rien. Nous allons le démontrer.

A la fin de chaque trimestre, toutes les mairies sont tenues d'envoyer au bureau départemental d'hygiène des états récapitulatifs indiquant le nom, l'âge des décédés ainsi que les causes de la mort. Ces renseignements sont alors collationnés et expédiés au ministère de la Santé publique. Là, on les étudiera ; elles serviront par exemple à établir les statistiques nationales. Cette manière de procéder existe depuis 1926.

Jusqu'ici, tout nous paraît normal, mais si nous jetons un coup d'œil sur les états établis par les communes, on comprendra aussitôt pourquoi il ne faut pas les prendre trop au sérieux.

Ils nous diront, ce qui est d'ailleurs exact, que, dans nos campagnes, pneumonie, bacillose, typhoïde, cancer font des ravages ; mais à côté de cela nous ne pourrions que sourire. N'avons-nous pas relevé que quelques décès étaient dus soit à « un ictère hépatique », à de l'herpès, à de l'usure par le travail ou la boisson ? Une malheureuse femme est même morte de « gestation de sept mois » ! En Mayenne, nombre de personnes meurent de vieillesse, même à 58 ans.

De toute évidence, ces fiches, bases des renseignements sur l'état sanitaire du pays, n'ont aucun caractère scientifique.

Malgré tout, comme chaque décédé avait un diagnostic de la maladie fatale, nous avons cherché à connaître la façon de procéder des secrétaires de mairies quant à l'établissement de leurs états sanitaires.

Nous les avons visités et disons tout de suite que nous pouvons les diviser en deux groupes :

1° Ceux qui bénéficient d'un certificat médical indiquant les causes du décès ;

2° Ceux qui ont simplement un certificat de décès et ceux, la minorité d'ailleurs, qui n'exigent aucun certificat.

Les mairies du premier groupe sont rares. 26 % seulement peuvent se targuer d'envoyer des fiches sanitaires exactes. Elles représentent 29,5 % de la population mayennaise. Nous ne comprenons pas dans ce pourcentage les villes comme Laval, Mayenne, Château-Gontier, qui ont à leur disposition un médecin de l'état civil, et sont dotées d'hôpitaux centralisateurs de leur arrondissement, ce qui augmente fatalement leur mortalité.

Dans le deuxième groupe, nous retrouverons les mairies qui disposent, suivant les obligations légales, d'un simple bulletin de décès, et celles qui, au nombre d'une vingtaine environ, ne demandent aucun certificat. N'accablons pas trop ces dernières. Ce sont des bourgades retirées, éloignées du domicile du médecin qui les dessert ; aussi le secrétaire de mairie, à moins qu'il ne se trouve en présence d'une mort suspecte, hésite-t-il à déranger les gens ou à occasionner une visite médicale supplémentaire forcément onéreuse.

Si la cause du décès n'est pas indiquée par un médecin, qui donc renseigne l'employé de l'état civil ?

Celui-ci a plusieurs moyens à sa disposition :

La personne qui vient déclarer un décès est souvent un proche ou un ami du défunt. Elle connaît souvent le diagnostic et alors tout est bien. Mais ceci n'est pas sans inconvénient et on comprendra les erreurs qui se glissent dans les statistiques.

Le diagnostic de l'affection peut être un mot barbare pour le témoin, un mot difficile à retenir, auquel on n'a prêté aucune attention. « C'est de l'estomac qu'il est mort », dira le témoin. Voilà le renseignement donné. Est-ce un ulcère, un cancer ? Nul ne le sait.

Peut-être aussi le médecin n'aura pas voulu effrayer la famille. Faisant front aux questions qui l'assaillent, il atténuera l'émotion de l'entourage en employant un mot à sens général : congestion pulmonaire pour pneumonie, fièvre muqueuse pour typhoïde.

Quelquefois encore, le déclarant annonce que le médecin

n'a pas été appelé. On est volontiers assez philosophe dans nos campagnes. Quelqu'un d'assez âgé tombe-t-il malade ? Le diagnostic populaire est aussitôt porté. Le malheureux se meurt de vieillesse. A quoi bon payer un médecin, qui aurait peut-être décelé une néoplasie quelconque, puisque la mort ne pourra être évitée.

D'après ce qui précède, nous ne serons pas étonné en disant que la grande source de renseignements pour le secrétaire de mairie est la rumeur publique.

Dans les campagnes, tous les gens se connaissent d'une façon presque intime. Ils se côtoient depuis leur enfance. Ils ont un mode de vie qui les rapproche fort les uns des autres, si bien que tout ce qui touche chacun se sait.

Quelqu'un est-il malade ? Chacun s'affaire, va aux renseignements, va visiter le malade, quelquefois par compassion, souvent aussi par curiosité. Les langues marchent, si bien que le diagnostic médical devient un secret de polichinelle, et alors, en cas de décès, le secrétaire n'a plus qu'à transposer le diagnostic que la rumeur publique a colporté.

Il est évident que, là encore, il ne faille pas attacher une trop grande importance à ces renseignements. Pour peu que la famille n'ait voulu donner aux curieux simplement que quelques détails sur la maladie, sans dire qu'il s'agit d'un cancer par exemple, les nouvelles s'en vont alors de seuil en seuil, chacun ajoute ou retranche à la vérité, ramène le cas à un autre cas ayant précédé l'affection qui défraie actuellement notre chronique rurale. Il s'ensuit alors une erreur de diagnostic qu'un employé peu curieux transcrira.

Dans les centres comme Laval, Château-Gontier, Mayenne, où il existe un médecin d'état civil, notre statistique peut être plus exacte, le médecin pouvant porter un diagnostic assez précis avec les renseignements que les familles lui donnent. De plus, les hôpitaux, couvents, pensionnats, etc... sont tenus de donner à l'état civil les causes de la mort. On comprendra sans peine que le taux de mortalité cancéreuse sera plus élevé dans ces centres que dans les communes.

Terminons donc ce chapitre en constatant que très peu de communes du département de la Mayenne (26 %) peuvent se

flatter de fournir au bureau d'hygiène départemental des renseignements exacts.

Le reste des communes ne pourra donner que des états plus ou moins justes, soit que le médecin se refuse à donner un diagnostic, ou que la cause du décès ait été volontairement gardée secrète par la famille. N'omettons pas non plus les décès cancéreux méconnus.

CAUSES QUI EMPÊCHENT LES MÉDECINS DE DONNER UN DIAGNOSTIC

Le but de notre travail n'aura pas été de chercher à interpréter cette statistique. Ce travail serait stérile, étant donné le nombre d'erreurs qui sont à la base de son établissement.

On trouvera pénible de constater que ces chiffres seront transmis au ministère de la Santé publique où on les interprétera, où on leur demandera des renseignements faux d'avance, qui seront publiés sous le signe de la vérité.

Pourtant l'intérêt des statistiques exactes est tel qu'il mérite que l'on cherche un moyen de pouvoir les établir d'une façon correcte.

Nous avons cherché à savoir d'où venait le mal. Nous sommes allé voir les médecins mayennais, nous avons fait auprès d'eux une enquête qui nous a permis de les diviser en deux catégories :

- a) Ceux qui indiquent les causes du décès ;
- b) Ceux qui refusent de donner tout renseignement.

Il aurait pu se trouver aussi quelques praticiens qui, ayant l'habitude de remplir leurs certificats avec précision, auraient peut-être fait exception quelquefois : pour une famille ayant déjà été éprouvée par un cas de bacilliose ou de cancer et qui, par une fausse pudeur, lui aurait demandé de changer le diagnostic. Disons tout de suite que nous n'en avons trouvé aucun dans ce cas.

Cette source d'erreurs éliminée, il nous reste alors à connaître pour quelle raison tel médecin donnera sans hésiter le diagnostic demandé alors que son confrère voisin se refusera énergiquement à le faire.

Les médecins du premier groupe sont très rares. L'effectif des médecins mayennais, au moment où nous avons fait cette enquête, se montait à 108. Nous avons trouvé exactement 23 médecins qui renseignaient avec exactitude les services d'hygiène. Ce qui fait à peu près le quart du corps médical du département. C'est vraiment peu pour pouvoir obtenir quelque chose de sérieux.

Les uns ont compris toute l'utilité du service des statistiques. Les autres, maires de leur localité, trouveraient illogique que le premier magistrat de la commune ignorât ce que le même homme praticien connaît.

Ajoutons encore que les quelques médecins délivrant un certificat de cause de décès le donnent au parent du défunt. Nous verrons plus loin que ce détail a son importance.

La majorité du corps médical du département de la Mayenne se refuse donc à formuler un diagnostic sur les certificats de décès. Ceci tient, nous ont dit ces médecins, à plusieurs raisons :

Indiquons en passant que beaucoup semblent ignorer l'intérêt scientifique d'une statistique bien faite et sérieuse. Ceci est dû, semble-t-il, à la façon défectueuse apportée à l'établissement de ce travail. Mais ce n'est là qu'un argument de faible valeur à côté de ceux qui vont suivre.

On voudrait, nous a-t-on dit, que nous indiquions aux services publics les causes de décès. Mais la loi ne nous oblige même pas à constater un décès. La logique la plus élémentaire exige qu'avant d'indiquer de quelle maladie est mort le malade, il faille s'assurer du trépas. De plus, si nous donnions un diagnostic, le secret professionnel serait violé.

Cependant, leur avons-nous objecté, les fiches sanitaires compulsées à la préfecture portent un diagnostic.

Oui, nous ont dit les médecins, mais c'est alors la famille qui a divulgué le mal dont souffre son malade ; et ceci n'a guère de valeur au point de vue scientifique.

La maladie dans nos campagnes est encore considérée comme une chose qu'il faut cacher. On ne se vante guère que l'on a consulté un médecin, qu'il a porté un diagnostic de tuberculose, de cancer, surtout ce dernier dont l'histoire n'est encore qu'un mystère.

Le cancer est-il héréditaire ? Est-il une maladie contagieuse ? Autant de questions que le paysan qui, en vue d'un mariage par exemple, attache une grosse importance au passé sanitaire familial de son prochain, se pose.

Aussi, est-ce bien la véritable maladie que la famille aura fait connaître au public ou aux services d'hygiène ? Pour sauvegarder l'honneur sanitaire de sa famille, qui pourra empêcher le madré paysan de déclarer que son parent est mort d'une pneumonie, par exemple, au lieu d'un cancer ? Souvent, il ne mentira pas, cette affection enlevant couramment les cancéreux, mais il oubliera volontairement de dire que le cancer a été le grand coupable.

Par contre, ajoutent les médecins, ce paysan qui ne raconte que ce qu'il veut, ne nous pardonnerait pas de divulguer à qui que ce soit les secrets que lui ou son malade nous a confiés. Nous sommes pour lui le confesseur du corps, le confident en lequel la plus entière confiance doit être placée. Il y a donc là une obligation toute morale qui se double d'ailleurs d'une obligation légale qui nous oblige d'observer le principe du secret professionnel sous peine de tomber sous le coup de la loi.

Ces arguments ne manquent pas de valeur. Essayons de peser le pour et le contre en les étudiant séparément.

Nul ne nous oblige, disent les médecins, à constater un décès.

L'article 77 du Code civil régissant les constats de décès est ainsi rédigé : « Aucune inhumation ne peut se faire sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra le délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

Il appartient donc seulement et légalement à l'officier de l'état civil de se rendre auprès du défunt pour s'assurer de la mort. L'intervention d'un médecin n'est nullement prévue par la loi. En fait, l'officier de l'état civil, qui a souvent conscience de son incompétence pour s'assurer de la réalité de la mort, ne se rend pas lui-même au chevet du défunt ; il demande un certificat de décès soit du médecin traitant, soit du médecin de l'état civil, qui l'établissent scientifiquement en se basant sur

les signes de certitude. Indiquons en passant que s'ils se trouvent en présence d'une mort suspecte, ils refusent de délivrer le certificat, le permis d'inhumation n'est pas accordé et la justice intervient. Il ne s'agit là que d'une simple mesure administrative ; on constate seulement un décès. On le trouve naturel ou non, mais on n'en divulgue pas la cause. Sinon, ce serait la violation du secret professionnel.

Qu'est-ce donc que le secret professionnel ? Comment l'interprète-t-on actuellement ? Sa définition légale répond-elle ou non aujourd'hui aux besoins de la science ?

Depuis Hippocrate, le secret médical a toujours été pour le médecin un contrat moral intervenant entre le praticien et le malade qui le consulte, obligeant le premier à taire tout ce qu'il connaît et a appris du patient. C'est l'élément primaire de la confiance entre les deux parties.

Mais à côté de la valeur morale du secret professionnel s'est placée, depuis la rédaction du Code, une obligation légale définie par l'article 378 du Code pénal : « ART. 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, d'une amende de cent à cinq cents francs. »

Ce texte interprété à la lettre a une valeur absolue. La règle ne saurait être enfreinte, hormis les cas où le législateur a décidé que la société avait intérêt à sa violation : déclaration de naissance, de maladies contagieuses, témoignage en justice et encore dans ce cas est-on libre de tester ou non.

Un médecin n'a donc pas le droit, au sens légal du mot, d'indiquer à qui que ce soit, même à une administration publique, ce dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions, même lorsque le malade ne l'a pas prié de garder le secret. Sinon, il tombe sous le coup de l'article 378 et du jeu de ses sanctions. Il est impossible de donner aux mairies les diagnostics demandés pour l'établissement des fiches sanitaires.

Une question se pose alors. Cet article de loi, tout-puissant, entrave-t-il jusqu'à un certain point, comme semblent l'indi-

quer les déclarations des médecins, l'évolution, l'épanouissement d'une science telle que la science médicale, où, si l'expérimentation joue un grand rôle, l'observation des faits, aidée du raisonnement par déduction et induction, est prépondérante ?

Analysons l'idée directrice de l'article 378 du Code pénal. Sa lecture nous donne l'impression que le législateur ne voit qu'un médecin en présence d'un malade qu'il doit soigner. L'homme qui souffre doit être assuré que, quelle que soit la nature de sa maladie, rien de ce qu'il confie à son médecin ne transpirera, qu'en aucun cas sa réputation et son honorabilité ne seront entachées.

C'est un encouragement donné au malade par le législateur de se soigner en toute quiétude, à l'abri de toute indiscretion. On ne peut que s'en réjouir.

Ceci peut-il nuire à l'établissement des statistiques de la santé publique ?

Certains n'hésitent pas à l'affirmer et vouloir aussitôt réformer l'article 378.

Exposons succinctement leur argumentation.

L'article 378, disent-ils, était normal en 1810. Les doctrines médicales, l'état de la société étaient alors fort différents de ce qu'ils sont à l'heure actuelle : Broussais niait toute contagion. La médecine n'était qu'un art empirique. Laënnec et sa méthode expérimentale étaient la risée des confrères. Un malade ne pouvant être dangereux pour son prochain, il n'y avait donc de ce temps qu'une médecine individualiste.

Mais depuis l'empirisme a cédé le pas à l'esprit scientifique. Après Laënnec, sont venus Claude Bernard, le physiologiste, Pasteur et ses microbes.

Les conditions sociales de nos jours sont entièrement différentes de celles qui guidèrent le code Napoléon. L'étude de l'étiologie, de la pathologie de nos maux, le moyen de les éviter, a fait que la médecine n'a plus eu seulement l'art de guérir ; il lui a fallu chercher à prévenir l'affection et à protéger la société.

Le professeur Richet, disent ces « novateurs », a d'ailleurs condensé et défini dans une formule tout l'esprit médical actuel : La médecine actuelle ne doit pas tant viser à guérir qu'à prévenir les maladies.

Nous verrons plus loin que cet argument, pour juste qu'il est, peut se retourner contre eux.

A l'heure actuelle, poursuivent-ils, le médecin se trouve pris et gêné par le malade qui se confie à lui et, d'autre part, par la science médicale et les exigences de l'hygiène publique qui lui réclament des renseignements qu'il ne peut donner.

Concédonsons-leur que l'article 378 empêche en effet tout médecin de fournir un diagnostic sur le certificat de décès. Mais empressons-nous d'ajouter qu'il est heureux que le principe du secret médical soit ainsi défendu, et qu'il ne nous empêche nullement de savoir par exemple combien de cancéreux sont morts pendant une année.

Il est vrai que les adversaires de l'article 378 ont déjà eu un encouragement : On leur a, en effet, montré qu'il était relativement facile de nous libérer, grâce à un texte de loi. L'article 5 de la loi du 15 février 1902, décrétant obligatoire la déclaration aux pouvoirs publics des maladies contagieuses, en fait foi :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministère de l'Intérieur, après avis de l'Académie de Médecine et du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration. »

Il est évident que cette loi viole et autorise à violer le secret professionnel.

Que l'on prenne actuellement des garanties contre la contagion, personne n'y contredira. Mais vraiment, est-on forcé de faire d'un médecin un délateur du mal d'autrui ?

Il peut paraître très beau à certain qu'un médecin se fasse l'ange gardien de la société en avisant les services publics qu'une diphtérie s'est déclarée dans sa clientèle. Pour notre part, nous partageons entièrement l'opinion du docteur Cibrie: la déclaration devrait être le fait de la famille au sein de laquelle le cas s'est déclaré. Le père, par exemple, pourrait même être très fier du rôle qu'on lui fait remplir dans un but social. Le médecin resterait dans l'ombre, mais qu'importe ? N'a-t-il pas beaucoup d'occasions de se signaler par ailleurs dans l'exercice de sa belle profession ?

Nous n'avons pas entrepris ici une étude sur le secret professionnel. L'article 378 a encore été attaqué pour beaucoup d'autres raisons : assurances sociales, certificats administratifs, etc... : on connaît les polémiques qui ont été soulevées à ce sujet.

Restons dans le cadre que nous nous sommes tracé. L'article 378 est-il vraiment une gêne pour l'établissement d'une statistique de mortalité par cancer ?

Les arguments que nous venons d'exposer permettraient de le croire.

Pour notre part, nous n'avons rien relevé dans l'article 378 qui nous empêchât de communiquer aux services d'hygiène un diagnostic à l'occasion d'un décès.

Certes, le principe du secret médical doit être respecté intégralement et vouloir en diminuer le caractère sacré nous paraît monstrueux.

Le secret professionnel n'est pas une loi. Il n'est que défini et défendu par elle. Ne disons donc pas, comme certains, que la loi ayant plus de cent ans d'existence ne répond plus à nos besoins. Le secret professionnel, en 1810, était, au sens le plus absolu du mot, exactement semblable dans son essence à ce qu'il est de nos jours, à ce qu'il sera dans un siècle. Nous n'avons moralement pas le droit d'y toucher.

Ne prenons pas pour le diminuer l'exemple qui en a été donné par la loi de 1902. Une erreur commise ne doit pas devenir une règle, on se doit au contraire de revenir sur la faute commise.

La formule du Professeur Richet que nous avons citée plus haut ne doit pas être un prétexte pour attaquer le secret professionnel. Oui, la médecine moderne doit guérir et prévenir les maladies. Mais sachons utiliser cette formule, et nous verrons qu'il est facile de le faire sans changer le texte de la loi.

N'opposons pas, comme le font les détracteurs du secret professionnel, médecine individualiste de 1810 et médecine sociale de 1936 ; elles sont au contraire intimement liées.

L'axiome de Marc-Aurèle : « Ce qui n'est utile à l'abeille n'est pas utile à l'essaim et, réciproquement, ce qui est nuisible à l'abeille l'est aussi à l'essaim », prend aujourd'hui toute sa valeur, mais il ne peut changer toute la valeur du secret pro-

fessionnel dont la stricte observance fut toujours l'honneur de la médecine française.

Toucher à l'article 378 ou élargir la liberté que donne déjà l'article 5 de la loi du 15 février 1902 de violer le secret professionnel serait une faute. La confiance que le malade porte à son médecin tomberait complètement. A quoi bon faire part à un homme de ses secrets les plus intimes, les plus personnels puisque, obligatoirement, ils seront divulgués ?

Les renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels, si souvent utiles à connaître pour le médecin, ne seraient que difficilement arrachés, d'où difficulté parfois pour poser un diagnostic et établir un traitement.

Peut-être en allant plus loin l'individu hésitera-t-il même à consulter.

On entrevoit ici que toute réforme de la loi serait au contraire de ce que l'on réclame et, quoi qu'en disent certains, plutôt néfaste à la collectivité.

Terminons ce chapitre en assurant qu'il est du devoir du corps médical de tout mettre en œuvre pour protéger la collectivité des fléaux qui la menacent dans le domaine hippocratique. Le médecin ne doit pas oublier que l'établissement d'une statistique de mortalité par cancer fait partie du travail préventif de son art.

A lui d'exiger du Ministère de la Santé publique une méthode de travail compatible avec le principe du secret médical.

A lui de faire en quelque sorte que la « rumeur publique » ne soit plus à la base des mesures sanitaires prises dans le pays, mais que ce soit bien le corps médical qui en soit l'instigateur.

FAÇONS D'ÉTABLIR LÉGALEMENT UNE STATISTIQUE DE MORTALITÉ PAR CANCER

Nous avons exposé les arguments qu'ont bien voulu nous donner les médecins mayennais pour se justifier de leur non communication aux services de la Santé publique des causes de décès de leur client.

Nous avons essayé de les discuter et nous avons conclu : Non, le secret médical, tout en restant entier dans son principe, ne doit pas être considéré comme un obstacle pour l'établissement d'une statistique de mortalité par cancer.

Mais, actuellement, en France, la manière de procéder à un tel travail est mauvaise, car, pour le faire suivant la façon demandée, elle exige la violation du secret professionnel, action que tout médecin consciencieux doit trouver immorale tout en étant illégale.

C'est en effet un bien curieux spectacle que nous donne l'Etat en demandant d'un côté tous les renseignements sanitaires qui l'intéressent et qui, par ailleurs, interdit qu'on l'instruise.

C'est un paradoxe qui, en 1936, ne devrait pas exister.

Certaines villes l'ont compris. Elles ont cherché un moyen de résoudre le problème. Exposons brièvement leur façon de procéder.

A l'occasion d'un décès, un double certificat est rédigé par le médecin traitant. L'un est ouvert, destiné à être remis à la famille en vue des formalités d'inhumation, il indique le nom, l'âge, la profession du défunt, et la date de la mort.

Le deuxième certificat, placé sous pli fermé, indique, en plus des renseignements donnés plus haut, les causes exactes ou supposées telles du décès. Cette dernière partie parviendra au bureau municipal ou départemental d'hygiène.

Mais, là encore, les médecins doivent s'élever contre de tels procédés. Le fait qu'un médecin traitant indique, même confidentiellement, à un autre médecin un diagnostic posé sur un de ses clients constitue une non observation du secret professionnel.

Comment donc obtenir une statistique de mortalité cancéreuse exacte à point de départ purement médical ?

Nous avons dit plus haut que, à l'heure actuelle, la vérification médicale des décès n'est nullement prévue par la loi. Seul l'officier de l'état civil a qualité pour le faire. Mais un certain courant, témoin d'un bon sens certain, tend à s'établir de plus en plus. L'officier d'état civil ne demande-t-il pas, la plupart du temps, un constat médical ?

Que les médecins de France n'en restent pas là. Ils se doivent de réclamer, une chose toute normale d'ailleurs, la vérification par un praticien des décès. Un médecin n'est-il pas seul qualifié pour le faire ? Personne ne nous contredira là-dessus.

Ceci acquis, se pose maintenant la déclaration des causes du décès à l'autorité compétente chargée de dresser les tables de mortalité.

On doit le faire en restant dans le cadre de la législation actuelle se rapportant au secret médical.

De l'avis même de nombreux médecins, notre statistique établie plus haut donne des résultats qui sont bien inférieurs à la réalité. Il serait facile, semble-t-il, d'obtenir des chiffres plus exacts en procédant comme nous allons l'indiquer.

Plusieurs façons de procéder s'offrent à nos yeux. A l'heure actuelle, il existe dans chaque administration une débauche d'états, modèle n° 2, compliquant plus ou moins les opérations. Il serait peut-être aisé d'en supprimer certains et d'en créer un qui serait beaucoup plus utile. C'est une initiative que le Ministère de la Santé publique se doit de prendre.

Il s'agit d'une fiche de décès individuelle que nous concevons un peu à l'image de celles qui existent pour la déclaration des maladies obligatoires.

Cette fiche serait divisée en deux parties :

L'une où seraient inscrits les nom, prénoms, l'âge, la profession, le domicile du défunt, et la date du décès serait desti-

née à la mairie et deviendrait la propriété des services d'état civil ;

L'autre servirait au médecin à indiquer l'âge, la profession, la date du décès, les antécédents personnels et héréditaires du mort, ainsi que le diagnostic de la maladie ayant causé la perte de la personne.

Le praticien cacheterait alors cette deuxième partie. Il ferait remettre le tout à la mairie, qui garderait la première division, détacherait la deuxième qui devrait parvenir au bureau d'hygiène préfectoral et, de là, au Ministère de la Santé.

Il peut paraître étonnant que l'on indique sommairement les antécédents du défunt. Nous croyons utile de pouvoir le faire sans occasionner un surcroît de travail au médecin qui se doit de les connaître.

Il est facile de voir tout l'intérêt qu'on pourrait porter à ces fiches de décès : les renseignements élémentaires qu'elles donnent peuvent être le point de départ de vastes enquêtes portant sur un grand nombre de cas.

Le secret médical nous paraît y être scrupuleusement respecté. Nous estimons en effet qu'il sera toujours facile au bureau de contrôler si les nombres des décès et des fiches reçues correspondent. Mais il sera plus difficile, surtout si le nombre de décès est élevé pour une commune, de mettre un nom sur les fiches anonymes indiquant les causes des diverses morts.

Les questions sanitaires intéressant surtout le corps médical qui est toujours à la base des mesures que prend le Ministère de la Santé publique pour la protection de la société, il serait assez logique, nous semble-t-il, qu'une organisation médicale présidât à l'organisation de l'établissement d'une statistique de mortalité par cancer.

Il appartiendrait alors au Syndicat des Médecins de France de diriger lui-même ce travail.

Il enverrait à chaque médecin un questionnaire portant sur les causes de mortalité dans sa clientèle, tout au moins au point de vue tuberculose et cancer : nombre de cas avec observation sommaire.

Cette vaste enquête aurait lieu chaque année à une époque déterminée.

Cette méthode aurait l'avantage de rester exclusivement

médicale, ce qui augmenterait la valeur de son caractère scientifique. Il se peut qu'elle paraisse supposer que chaque praticien possède un fichier d'observations de sa clientèle. Nous pensons que tout médecin consciencieux doit en avoir établi un dans son cabinet.

Ceci ne constitue pas, à notre avis, une objection.

Il est aussi facile de mettre à jour un fichier d'observations qu'un fichier d'honoraires.

Cette dernière façon de procéder s'inspire de celle pratiquée au Danemark pour l'étude de la mortalité par cancer.

Les résultats de ce pays sont encourageants. Plus de 99 % des médecins répondent au questionnaire que l'Association générale des Médecins danois leur envoie.

Nous ne voudrions pas faire injure au corps médical français en le croyant moins zélé que le corps médical danois.

Nous venons d'exposer sommairement deux méthodes permettant d'établir le plus exactement possible des statistiques de mortalité cancéreuse en France. Nous croyons facile de les mettre au point.

La législation actuelle nous permet donc de faire un tel travail. Il ne s'agit point de transformer la loi, ni de rendre la déclaration du cancer obligatoire comme certains le réclament, mais de procéder autrement tout en respectant l'article 378 et le secret médical.

CONCLUSIONS

De notre enquête sur les déclarations de décès dans le département de la Mayenne, il ressort :

1° Que les statistiques de mortalité cancéreuse de ce département qui parviennent au ministère de la Santé publique ne sont pas dignes d'être étudiées et interprétées, les résultats montrant que pour 29 % seulement de la population la cause des décès est indiquée par un médecin.

Il est permis de croire à une mortalité cancéreuse supérieure à 11 %.

2° La législation étant partout la même en France, toutes les statistiques départementales doivent être entachées d'erreurs, ce qui enlève toute valeur à la statistique générale de la France.

3° Des deux arguments nous ayant été indiqués comme entravant l'établissement d'une statistique :

a) Vérification du décès,

b) Violation du secret professionnel,

il résulte que seul le premier doit être retenu. Les médecins se doivent de réclamer une législation permettant la vérification médicale du décès.

4° L'article 378 du Code pénal n'empêche pas le corps médical de communiquer aux services de la Santé publique les causes des décès.

Il suffit seulement que l'administration change sa façon de procéder, le principe du secret médical restant intangible.

5° Le corps médical ne doit pas, de son côté, méconnaître l'intérêt des statistiques.

S'il commence et poursuit son effort pour en obtenir d'exactes, peut-être que d'ici quelques années le problème du cancer sera serré de plus près, grâce à l'étude de statistiques dignes de foi et acceptées par tous.

VU :

Le Président de la Thèse,

BALTHAZAR.

VU :

Le Doyen,

ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le 5 juin 1936,

Le Recteur,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

MROSOWSKI (N.-S.). — Smertnose ot raka na Oukraïne (La mortalité cancéreuse en Ukraine) (*Norsk Magazin f. Laegevidenskaben*, Oslo, juillet 1926, n° 7, pp. 559-573).

DECLAM (H.-J.). — The mortality from cancer among people of different races (La mortalité par cancer parmi les gens de différentes races) (*Cancer control symposium at Mohouk. Surg. Gyn. Obst.*, Chicago, 1927-44-5 A, pp. 247-274).

FIBIGER (J.). — Cancer in Denmark (Le cancer au Danemark) (*Cancer control symposium at Mohouk. Surg. Gyn. Obst.*, Chicago 1927-44-5 A, pp. 165-174).

BLANCHET ET BETHOUS. — Influence de la nature géologique du sol et de la minéralisation des eaux d'alimentation sur la fréquence du cancer chez l'homme (*Bull. Académie Méd. Paris*, octobre 1932).

KUSAMA (Horoshi). — Statistical study of cancer mortality in Japon (Etude statistique de la mortalité par cancer au Japon) (*Tokio*, juin 1928, 22, n° 5, pp. 21-104).

LUMIÈRE (Auguste). — La contagion, l'hérédité et le hasard dans le cancer (*Bull. Ac. Médecine*, n° 29, Paris, 19 juillet 1927).

WELLS (Gédéon-H.). — Cancer statistics as they appear to a pathologist (Les statistiques du cancer vues par un pathologiste) (*Journ. Am. Med. Assoc.*, Chicago, 5 février 1927, n° 6).

WOOD (Francis-Carter). — Need for cancer morbidity statistics (La nécessité de statistiques sur la morbidité du cancer) (*Am. Journ. Public Health*, Lancaster, janvier 1930, n° 1, pp. 11-20).

ROFFO (A.-H.). — La mortalidad por cancer en la ciudad de Buenos-Ayros en el ano 1931 (*Bols. ins. medi. Exp.*, Buenos-Ayres, mars 1933).

VERRYN STUARD. — La mortalité due au cancer en Hollande (*Nederl Sijdsch. geneesk.*, janvier 1932).

HALLERMAN (W.). — Die krebsterblichkeit in Deutschland unter Berücksichtigung des Altersaufflans der Bevoelkerung (La mortalité par cancer en Allemagne, en prenant en considéra-

tion la distribution d'âge de la population) (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, Berlin, 12 novembre 1932, n° 1).

SCHINZ (H.-R.). — La mortalité par cancer à Zurich (*Munch. med. Woch.*, 28 avril 1933, n° 17, pp. 650-653).

ROUSSY (Gustave) et HERAUX (André). — La fréquence du cancer d'après les récentes statistiques de mortalité (*Ann. médéc.*, Paris, novembre 1928, n° 4).

BÉRARD (Léon). — Rôle capital du médecin praticien dans la prophylaxie et le traitement du cancer (*Avenir médical Lyon*, mai 1931).

BOUDIN. — Le secret professionnel dans les déclarations de décès (*Concours médical*, 26 décembre 1926).

SKENE HEITH. — Mort sans certificat de décès (*Brit. med. J.*, 20-4-35).

J. PANCKE. — La déclaration et la vérification des décès (*La Tunisie méd.*, mars 1932, n° 3).

BOMET ET CASSIN. — Constatation de décès (*Cahier de pratique médico-chirurgicale*, juillet-août 1931, n° 4).

BOUQUET (Henri). — La vérification des décès (*Le Monde médical*, n° 805, 15-2-32).

BOUDIN. — Du caractère juridique du secret médical (*Le Concours médical*, n° 48, 26-11-33).

BOUDIN. — Secret professionnel et certificat de décès pour compagnie d'assurances sur la vie (*Le Concours médical*, 26 décembre 1926).

FOVEAU DE GOURMELLE. — Peut-on adapter le secret médical aux lois sociales (*La Vie médicale*, n° 5, mars 1930).

GAUVREAU (J.). — Le devoir professionnel (*Bull. med. Québec*, octobre 1928).

LE GENDRE. — Le secret médical est-il absolu ou relatif ? L'article 378 doit-il être révisé ? (*Clin. et Labor.*, n° 1, janvier 1929).

CIBRIE (P.). — Le secret professionnel médical : Etude professionnelle.

— Secret professionnel et certificat de décès pour l'état civil (*Les archives du Droit médical et de l'hygiène*, 15 février 1929).

DURAND ET BOYER. — Le secret médical et la médecine de demain (*Hyg. soc.*, février 1931).

TRENEL. — Le secret médical et certificat de décès (*Concours médical*, 1924).

GODARD. — Le secret professionnel (*Etude couronnée du prix Legendre, 1931*).

BOYER ET DURAND. — Le secret professionnel et la médecine de demain (*Bull. de l'hôpital Saint-Michel, novembre 1931*).

HEGER. — Le secret médical dans ses rapports avec la médecine sociale et la médecine administrative (*XXIV^e Congrès de Médecine professionnelle, Mons, juillet 1932*).

ODIO DE GRANDA. — Declaracion obligatoria del cancer (*Bol. Liga contra el cancer. La Havane, novembre 1931*).

IMPRIMERIE COMMERCIALE

DE

L'OUEST-JOURNAL
